Sonnabend, den 7. Juli 1888. **Nr. 27.** Achtunddreissigster Jahrgang.

Bureau: I., Kärntnerstr.-Führichg. 7 (Kärntnerhof).

Erscheint jeden Sonnabend.

Man pränumerirt in Wien im Bureau der „Wiener med. Wochenschr.“ und in Seidel's Buchhandlung, Graben Nr. 13. Ausser Wien in den Buchhandlungen und Postämtern. — Geldsendungen müssen frankirt werden.

Pränumerationspreis mit Zusendung durch die Post für das Inland ganzjährig 10 fl. ö. W., für das Ausland 24 Mark. Einzelne Blätter 40 kr. Inserate werden mit 20 kr. per einspaltige Nonpareillezeile berechnet.

Wiener Medizinische Wochenschrift.

Inhalts-Verzeichniss.

Zur Therapie des Morbus Basedowii. *)

Von Prof. Dr. **BERTHOLD STILLER** in Budapest.

Ich bin mir wohl bewusst, dass ich einem gewissen Misstrauen nicht entgehen werde, wenn ich mit einem therapeutischen Vorschlage herantrete, dessen ganze empirische Begründung sich auf nicht mehr als zwei Fälle berufen kann. Bin ich doch selbst empfindlich genug gegen unausgereifte Erfahrungen, die sich für fertig geben; ja hatte ich doch selbst Gelegenheit genug, scheinbar gut begründete und von bewährten Namen ausgehende Empfehlungen erfolgreicher Methoden unter meiner nachprüfenden Hand in Nebel zerfliessen zu sehen. Ja das Misstrauen gegen meinen Vorschlag wäre um so berechtigter, da er nicht nur, wie gesagt, blos durch zwei Fälle begründet erscheint, sondern auch in direktem Gegensatze zu einem allgemein acceptirten therapeutischen Grundsatze steht, wie Sie bald sehen werden. Und doch sind meine beiden Fälle so eclatant, die Kurerfolge so unweifelhaft, dass ich nicht anstehe, deren weitere Prüfung dringend zu empfehlen.

Mein erster Fall betrifft eine Frau L., Gattin eines Grossindustriellen, welche seit dem Jahre 1872 in meiner Behandlung steht; zwei Jahre früher wurde durch Oppolzer bei ihr Morbus Basedowii konstatirt. Eine überaus zärtliche Gattin und Mutter, mit der Sorge für neun Kinder belastet, früher vielen Schwankungen der materiellen Verhältnisse unterworfen, von Katastrophen in der eigenen Familie heimgesucht, ward ihr von Haus aus schwaches Nervensystem endlich zerrüttet und aus hysterisch-neurasthenischen Anfängen ein wohl entwickelter Morbus Basedowii hervorgegangen. Patientin wurde neben mir von meinem Kollegen Kétli mittelst Galvanisation des Sympathicus behandelt, was ihr immer momentane Erleichterung brachte, doch ohne dass wir irgend eine erhebliche Besserung erzielen konnten. Neben den spezifischen Symptomen war eine Hypertrophie beider Herzhälften mit einem, offenbar von einer relativen Insuffizienz der Mitralis abzuleitenden, systolischen Geräusche vorhanden. Im Sommer wurde sie in's Salzkammergut oder anderswohin auf mittlere Höhen geschickt, wo auch leichte hydropathische Prozeduren vorgenommen wurden, ohne irgend einen wirklichen Erfolg zu erreichen.

Von jeher ein grosser Verehrer der Höhenluft, schickte ich sie 1874 nach Preblau in Kärnten, einem ruhigen Orte, etwa 1000 Meter hoch liegend. Meine Ferienwanderung brachte mich zufällig auch dahin, und da war ich angenehm überrascht, ihren bisher nicht unter 120 zählenden Puls daselbst konstant auf 70—72 zu finden. Auch Struma und Exophthalmus waren fast ganz zurückgegangen. Sie verbrachte auch den nächsten Sommer dort mit demselben günstigen Erfolge. Der Winter und der häusliche Herd brachten freilich immer wieder eine Verschlimmerung. Die nächsten Jahre wurden wieder, vorwiegend wegen der mangelhaften Verpflegung in Preblau, an anderen niedriger gelegenen Sommerfrischen verbracht, mit offenbarem Misserfolge.

1879 trat im Winter eine so bedeutende Verschlimmerung auf, dass sich zum ersten Male Stauungserscheinungen von Seite des stark dilatirten Herzens geltend machten. Wir wagten nicht, sie wegzuschicken, sondern liessen sie mit Beginn der besseren Jahreszeit eine Wohnung auf dem Schwabenberge beziehen, einer Sommerfrische in den Ofener Bergen in unmittelbarer Nähe der Stadt, in einer Höhe von 500 Meter über der Meeresfläche. Doch auch hier machte die Herzschwäche rapide Fortschritte. Die schon bisher bestandene Dilatation des Herzens steigerte sich zusehends, mächtiges Anasarca bis zu den Lenden, Ascites, Hydrothorax und Hydroperikardium, Stauungsniere mit Albuminurie entwickelten sich immer rascher; dabei war als merkwürdiges Symptom eine ungewöhnliche Erweiterung aller Arterien vorhanden, so dass die Carotiden als fingerdicke Stränge erschienen. Das Gesammtbefinden war entsprechend diesen Zuständen ein trostloses, wie wir es im Terminalstadium der Herzkrankheiten so oft mit den Kranken durchleiden. Digitalis versagte vollständig.

Ich sowohl, als andere zugezogene Kollegen erklärten eines Tages dem verzweifelten Manne, dass unter solchen Umständen nichts mehr zu hoffen sei. Der Mann aber, ein ebenso zärtlicher Gatte, wie energischer Charakter, wollte sich in diesen trostlosen Ausspruch nicht finden, sondern drang unablässig in mich, zu dem er unbedingtes Vertrauen hatte, irgend eine Rettungsthat zu unternehmen. So gedrängt und gestachelt, machte ich ihm endlich ganz contre coeur den Vorschlag, auf Grund unserer günstigen Erfahrungen in Preblau die Kranke auf eine ähnliche Höhe zu bringen.

Der nächst zu erreichende Ort von 1000 Metern Höhe war Schmecks in den Karpathen. Ich verhehlte dem Manne nicht, dass es der gewagteste Versuch sei, und dass ihm die Kranke auf dem Wege sterben könne. Dadurch liess er sich nicht abhalten, da wir sie ja ohnedies verloren gaben. Es war eine ganze Expedition, sie zum Bahnhofe zu bringen und unter grosser Eskorte in einem Salonwagen zu installiren. Sie hielt die Reise aus und kam nach zwei Monaten schlank und frisch, ohne Hydrops und Basedow, als Wunderprodukt

*) Verf. hatte dieses Thema für den diesjährigen Kongress in Wiesbaden angemeldet, der Vortrag konnte aber wegen persönlicher Verhinderung nicht gehalten werden.

von Schmecks nach Hause zurück. Seitdem ist Wassersucht bis heute nicht wieder aufgetreten.

Die nächsten Sommer verlebte sie theils in den Karpathen, theils im Pusterthale in Tirol, also in noch grösserer Seehöhe, und brachte immer wieder für einige Zeit Kräftigung nach Hause. Zwei Sommer, aus äusserlichen Gründen in etwas geringerer Höhe verlebt, in St. Radegund und Aussee, also nur um 300 Meter tiefer, machten sich entschieden durch schlechteres Befinden geltend.

Zu erwähnen wären aus den letzten Jahren folgende eigenthümliche Komplikationen. Schon vor der hydropischen Erkrankung erschienen zeitweise an verschiedenen Körperstellen, besonders am Rücken, umschriebene Schwellungen, meist von rundlicher Form, ein Kugelsegment darstellend, etwa von der Peripherie eines Kindskopfes. Die teigige Konsistenz, die normale Hautfärbung, die Schmerzlosigkeit und das Verschwinden nach 12—24 Stunden lassen diese Schwellungen als akute circumskripte Oedeme auffassen, welche wahrscheinlich auf umschriebenen vasomotorischen Lähmungen beruhten. Offenbar ebenfalls auf vasomotorische Störungen müssen die 1881 auftretenden, nach viertel- bis halbstündiger Dauer wieder verschwindenden aphasischen Anfälle zurückgeführt werden. Dieselben sind seitdem nicht wiedergekehrt. Im Winter 1883 wurde Patientin nach der Riviera geschickt, wo sie einen, nach ihrer Aussage, apoplektischen Anfall bei vollkommen erhaltenem Bewusstsein erlitt, der sich aber als ausschliessliche Gefühlsstörung an der rechten Körperhälfte ohne die geringste motorische Abweichung erwies, und dessen Folgen als Panzergefühl, neuralgische Schmerzen und Parästhesien, besonders an der rechten Seite des Stammes, weniger an Kopf und Extremitäten, noch heute fühlbar sind. Ich weiss nicht, ob ich mir erlauben darf, als Quelle dieser eigenthümlichen Affektion eine Embolie oder Hämorrhagie im hinteren Theile der linken inneren Kapsel anzunehmen.

Wir sind noch nicht zu Ende. Im vorletzten Winter bei unveränderter beiderseitiger Herzhypertrophie mit systolischem Geräusche an der Herzspitze — ein Befund, wie er seit Jahren fortbesteht — eine sehr bedrohliche Aenderung der Herzaktion ein, nämlich ein vollständiges Delirium cordis mit regellosester Arhythmie, äusserst schwachem, meist an 130 zählendem Pulse und einer Dyspnoë, die jede Bewegung verbot. Struma und Exophthalmus waren nicht nachzuweisen, ebenso wenig die Inkoordination der oberen Augenlider. Der Monate lang bedrohliche Zustand ging mit Verfall des Appetits, der Kräfte und des Aussehens einher; die Kranke war auf einmal alt geworden. Ich schickte sie nun letzten Sommer, sobald es anging, wieder nach Schmecks, und sie kam wieder derartig gekräftigt zurück, dass sie im Herbste eine dreimonatliche Krankheit ihres Gatten und den Tod ihrer einzigen Schwiegertochter durchmachen konnte, ohne aus dem Gleichgewichte zu gerathen.

Man kann sich denken, mit welcher Spannung ich nach dieser frappanten Erfahrung Jahre lang auf einen passenden Fall wartete, um das Experiment zu wiederholen und mich zu überzeugen, dass der glänzende Erfolg nicht blos eine individuelle Ausnahme war. Fälle von M. Basedowii sah ich wohl genug, aber entweder arme Spitalskranke, die kein Reisegeld hatten, oder leichtere, frischere Fälle, deren Besserung nichts Auffallendes hat. Endlich kam 1886 der ersehnte Fall mit allen nöthigen Attributen.

Er betrifft eine Frau D., Kaufmannsgattin, etwa 43 Jahre alt, welche seit 14 Jahren in meiner Behandlung steht. Patientin, Mutter zweier Söhne, in guten gleichmässigen Verhältnissen, ist eine von Natur höchst neurasthenische Frau, welche sich aber durch seltene moralische Kraft und ungewöhnliche Energie in Befolgung des ihr empfohlenen Luft- und Bewegungsregimens in vollkommenem Gleichgewichte und in Frische erhält. Der erste Frühlingstag findet sie in ihrer Sommerwohnung, sie ist in jedem Wetter auf der Strasse, und machte wiederholt ganz allein die Reise nach Helgoland. Von ihren Nerven wusste ihre Familie nie etwas, und ich errieth sie mehr, als dass sie sich mir aufdrängten. 1883 wurde sie durch einen Anfall von akuter Neurasthenie, wie ich ihn nicht oft gesehen habe, niedergeworfen; vollständige Anorexie, Erbrechen, Schlaflosigkeit, verdüsterte Stimmung, komplizirt mit einem zufälligen akuten diffusen Bronchialkatarrh, brachten sie in kurzer Zeit so herab, dass sie einer Phthisica in ultimis glich. Sie musste etwa sieben Wochen das Bett hüten, erholte sich aber bei wieder gewonnener Energie sehr bald.

Im März 1886 entwickelte sich ganz akut ein Morbus Basedowii mit allen Symptomen. Nach wenigen Wochen schon war eine Dilatation beider Herzhälften, besonders der linken nachweisbar, und gar bald traten Anasarca und geringer Ascites auf. Ich schickte sie zeitlich im Frühjahre in ein Sanatorium bei Graz, um sie aus dem Hause zu bringen, und zwar mit der strikten Weisung, mit Eintritt der Sommerwärme in's Pusterthal zu gehen. Doch blieb sie aus mir unbekannten Gründen in Graz bis Mitte September und kam mit mächtigem Anasarca, grossem Ascites, Hydrothorax, enormer Herzdilatation und systolischem Geräusche, sowie mit den Basedow'schen Erscheinungen zurück. Durch Bettruhe und Digitalis mit Chinin gelang es mir, die Oedeme fast zu beseitigen, auch Struma und Exophthalmus traten ein wenig zurück, doch der Ascites und der beiderseitige Hydrothorax blieben unbeeinflusst, und mit Aussetzen der Digitalis stieg der Puls gleich wieder von 80 auf 120 Schläge. Auch die übrigen Symptome fingen wieder an, zuzunehmen. Das Anasarca stieg rapid; das heftig schlagende Herz reicht vom rechten Sternalrande bis zur vorderen linken Axillarlinie, systolisches Geräusch über der ganzen Herzgegend, Leber bis zur horizontalen Nabellinie; ja bald stellt sich systolische Pulsation der Leber und der rechten Jugularis ein, also neben der schon bestehenden relativen Insuffizienz der Mitralis auch die der Tricuspidalis in Folge der zunehmenden Dilatation.

Eingedenk meines ersten Falles schicke ich die Kranke im Oktober 1886 nach Schmecks, um dort zu überwintern; also ein noch verschärfteres Experiment. Sie fragte mich, was sie dort zu thun habe; ich sagte ihr: so viel als möglich Luft schöpfen. Das that sie nun auch mit gewohnter Energie. Des Gehens unfähig, lag sie den ganzen Tag im Pelze eingehüllt auf dem Balkon und bei zunehmender Besserung machte sie stundenlange Schlittenfahrten in der Umgegend. Sie kam im April 1887 zurück in so blühendem Aussehen, dass die sonst zarte Frau ohne Uebertreibung um zehn Jahre verjüngt erschien. Sie behauptete, in ihrem Leben noch nie so gut ausgesehen zu haben, nur glaubte sie, noch immer geschwollen zu sein, was sich als bei ihr ungewohnter strammer Panniculus ergab. Die Herzdämpfung überraschend verkleinert, Töne rein, Leber normal, weder Struma, noch Exophthalmus. Seitdem bis heute ist sie durchaus wohl, vorzüglich gefärbt und genährt, und hat sich nur vor schwerer Hausarbeit zu hüten, an welche sie als unbändige Hausfrau gewöhnt war. Letzten Sommer verbrachte sie mit ihrem noch immer vergrösserten Herzen in Bad Innichen in Tirol auf einer Höhe von 1500 Metern und konnte mir nicht genug von ihrem dortigen behaglichen Befinden erzählen.

Ich habe diesen beiden Fällen nur hinzuzufügen, dass mein Kollege Prof. K é t l i, der die erste Kranke mit mir behandelte, ebenfalls vorzügliche Erfolge bei Morbus Basedowii von dem Aufenthalte in den Karpathen gesehen hat, doch waren es ausschliesslich nicht hydropische Kranke.

Ich habe es für meine Pflicht gehalten, diese günstigen, ja überraschenden Resultate zur Kenntniss der Kollegen zu bringen, und sie zur weiteren Prüfung der Sache dringend aufzufordern. Es fällt mir nicht ein, für diese Erfolge die theoretischen Begründungen zu suchen. Die physiologischen Wirkungen des Höhenklimas sind gewiss viel zu komplizirt, als dass die bisherigen so zahlreichen Untersuchungen über die Wirkungen der verdünnten Luft auf mehr als nur einen kleinen Bruchtheil der Gesammtwirkung des Höhenklimas ihr Licht werfen könnten.

Zudem sind die Resultate dieser Untersuchungen, insbesondere in Betreff der Einwirkung auf die Zirkulation, nicht

nur mangelhaft, sondern auch widersprechend. Fränkel und Geppert, welche die Untersuchungen von Jourdanet und Paul Bert sorgfältig nachgeprüft und rektifizirt haben, negiren für eine verdünnte Luft, welche einer Höhe von 1000 Metern entspricht, jede bleibende Einwirkung auf die Zirkulation, besonders auf den Blutdruck. Hofmann bespricht in seiner vorzüglichen allgemeinen Therapie den Einfluss des Höhenklimas auf Herzkranke und findet in der erhöhten Pulsfrequenz, welche Brehmer als ein Uebungsmoment des Herzens ansieht, durchaus nicht einen kräftigenden Einfluss auf dasselbe. Die vermehrte Wasserabgabe in der trockeneren und kühleren Bergluft bedeutet nach ihm vermehrte Wärmeproduktion, daher vermehrte Herzarbeit. Als Schonungsmoment für das Herz treten nach ihm nur die tieferen Inspirationen ein, durch welche die Ansaugung des Blutes in den Thorax und daher die Zirkulation in den Lungen befördert wird. Jedenfalls hält er bei eingetretener Inkompensation die Höhenluft für kontraindizirt. Der einzige Waldenburg findet auf Grund seiner Versuche mit verdünnter Luft alle ihre Wirkungen für herzstärkende und empfiehlt daher theoretisch Herzkranken den Aufenhalt in Höhenluft, ohne deutlich auszusprechen, ob auch im Stadium der Inkompensation.

Jedenfalls gilt es unter den praktischen Aerzten als Axiom, dass Herzkranke in diesem Stadium nicht an höhere Orte zu schicken sind. Es fragt sich nun Angesichts meiner mitgetheilten Erfahrungen, ob die Basedow'sche Herzaffektion, trotzdem sie von ihrem nervösen Ursprunge abgelöst ganz das selbständige Bild der Herzerlahmung mit allen ihren Folgen darstellt, doch noch mit einer Nabelschnur an ihrem neuropathischen Boden hänge, und eine Sonderstellung gegenüber anderen ab ovo organischen Herzkrankheiten beanspruche, oder nicht.

Wenn ich es in meinem ersten Falle ohne Rückhalt eines Präcedens gewagt habe, eine hydropische Kranke fast in ultimis in hohe Bergluft zu schicken, so bin ich natürlich von dem Standpunkte dieser Sonderstellung der Basedow'schen Herzaffektion, ja des Basedow'schen Hydrops ausgegangen, indem ich mir vorstellte, dass die schon erprobte günstige Wirkung auf die primären Basedow'schen Erscheinungen, hier selbst bei so weit gediehenen Folgen möglicherweise noch zur Geltung kommen könne.

Für diese Auffassung spräche auch noch die Widerspenstigkeit der Basedow'schen Herzsymptome, selbst des Hydrops, gegen die sonst so bewährte Digitalis.

Trotzdem möchte ich die ketzerische Frage aufwerfen, ob nicht auch bei anderen Herzkrankheiten im Stadium der Kompensationsstörung Höhenluft mit Erfolg zu versuchen wäre? Um so mehr, da ähnliche Versuche bisher nicht vorliegen. Vielleicht bedarf es gar nicht des wagenden Experiments, sondern nur der passiven Beobachtung; ich meine, dass Aerzte in hohen Stationen an dort wohnenden oder zufällig dort weilenden Herzkranken in dieser Richtung werthvolle Erfahrungen sammeln könnten.

Beitrag zur Kenntniss der Lepra der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.

Von Dr. HUGO ZWILLINGER und Dr. VINZENZ LÄUFER, gewesene Assistenzärzte Professor Stoerk's in Wien.

(Schluss.)

J. Renate, 23 Jahre alt, Gouvernante aus Reval, aufgenommen im Jänner 1887, gibt an, vor zehn Jahren erkrankt zu sein. Die Krankheit begann angeblich mit einem stecknadelkopfgrossen, rothen Flecke an der rechten Fusssohle, darauf seien im Gesichte, und zwar an der rechten Wange drei disseminirt stehende ebensolche Flecke aufgetreten, dann sei der rechte Vorderarm und die rechte Hand erkrankt, auch sind diese Theile jetzt unempfindlich, später sind an den Oberarmen und am Stamme zerstreut stehende Knoten und Flecke aufgetreten, Familie gesund. Pat. gut genährt und stark gebaut. Von der Nasenwurzel ausgehend und sich auf beide Augenbrauenbogen erstreckend, zerstreut stehende, bis kleinerbsengrosse, derbe, bräunlich pigmentirte Knoten. An der etwas verbreitert erscheinenden Nase tiefsitzende glänzende, über das Hautniveau erhabene, knotige Infiltrate, dieselben linkerseits dichter gruppirt und zahlreicher. Die Oberlippe verdickt und mit einer Menge von bis erbsengrossen Erhabenheiten, deren Oberfläche glatt, glänzend und mit Epidermis bedeckt ist, besetzt. Eben solche und grössere knotige Infiltrate an den Streckseiten der Oberextremitäten und an den Unterschenkeln. Anästhetische Gebiete, besonders an den Vorderarmen vom Ellbogen abwärts, namentlich radialseits und da mehr ausgesprochen, wo die Infiltrate dichter gruppirt sind.

März 1887. Die Schleimhaut der Nase, besonders des Septums und der Muscheln, stark geschwellt, mit zu Borken eingetrocknetem Sekrete bedeckt, an der hinteren Pharynxwand einzelne Granula, im Nasenrachenraume grosse Mengen Sekretes vorhanden.

Die Epiglottis schlank, deren Farbe blassrosa, am Uebergange des oberen in den linken steil abfallenden Randes zwei beinahe gegenüber stehende erbsengrosse, gelblich-weisse, opake, von der Umgebung scharf abgegrenzte Knoten (einer an der vorderen, der andere an der hinteren Fläche der Epiglottis sitzend), am rechten äusseren Rande des Kehldeckels ein ebenso beschaffener grau-weisser pfefferkorngrosser Knoten. An der rechten Arytaenoidea ebenfalls ein opaker, wachsglänzender, wie dem Knorpel aufsitzender Knoten.

Die Stimmbänder weiss, glatt, glänzend; die übrige, den Kehlkopf auskleidende Schleimhaut kaum etwas verdickt, die Bewegungen normal, Phonation ungestört.

Mai 1887. Septum narium perforirt, der Rand der Perforation mit dichtem knotigem Infiltrate besetzt, die oben beschriebenen beiden am linken Kehldeckelrande befindlichen juxtaponirten Knoten konfluirt, an der Oberfläche ulzerirt, die beiden anderen Knoten ebenfalls oberflächlichen Zerfall zeigend. Inter arytaenoideas ein kleinpfefferkorngrosser, so sitzender Knoten, dass dadurch die Phonation nicht gestört ist, die Kehlkopfschleimhaut dunkler geröthet, verdickt.

September 1887. Die Nase, etwas nach rechts verschoben, zeigt an ihrer Spitze in der Haut zwei ziemlich knapp neben einander stehende Vertiefungen, die von zwei durch den Paquelin zerstörten Lepraknoten herrühren, eine ähnliche narbige Einziehung in der Mitte des rechten Nasenflügelrandes. Die Schleimhaut beider Nasenhöhlen von massenhaftem, zu Krusten eingetrocknetem, eitrigem Sekrete bedeckt. Bevor eine genaue Untersuchung der einzelnen Theile der Nase vorgenommen wurde, mussten wiederholte Injektionen von schwachen Chlornatriumlösungen gemacht werden, wodurch es möglich wurde, die Krusten und Sekrete theilweise zu entfernen. Das Septum narium im knorpeligen Theile etwa bohnengross perforirt, mit Krusten bedeckt, die Umrandung der Perforation von narbiger, zum Theile verdickter und aufgelockerter, an den oberen Partien mit Granulationen versehener Schleimhaut gebildet. Der rechte untere Nasengang durch vollständige Atrophie der unteren Muschel mit dem mittleren Nasengange zu einer geräumigen Höhle umgewandelt, die Schleimhaut daselbst exulzerirt, granulirt, mit eitrigem Sekrete bedeckt. Durch diese Oeffnung sieht man die granulirte hintere Pharynxwand und bei Schluckbewegungen die Kontraktion, respektive das koulissenartige Verschieben der oberen Gaumenmuskulatur. Die mittlere Muschel, in ihren vorderen Partien dicker, zeigt an ihrer Oberfläche ebenfalls zahlreiche exulzerirte, mit Granulationen versehene, hie und da eitrige Stellen. Die linke Nasenhöhle zeigt an der Grenze, da, wo die Cutis in die Nasenschleimhaut übergeht, ein etwa quadratcentimetergrosses, an der Oberfläche exulzerirtes, granulirtes Infiltrat, durch welches der linke Naseneingang verengt und der Einblick in die tieferen Theile dieser Höhle theilweise gehindert wird, das Septum, nach links abgewichen, trägt zu dieser Verengerung bei. Die untere und mittlere Nasenmuschel stark atrophisch, nicht ulzerirt, wie granulirt aussehend. In Folge der erwähnten Deviation des Septums nach links die Nasengänge weniger weit als rechts, die hintere Pharynxwand nicht sichtbar.

Im Nasopharyngealraume die Schleimhaut stärker injizirt, granulirt, mit eitrigem Sekrete bedeckt, der obere Theil der Choanen durchgängig, in dem Ramen derselben sieht man die mit granulirter Schleimhaut bedeckten atrophischen hinteren Theile der mittleren Muscheln.

Die Schleimhaut der hinteren Pharynxwand ist von zahlreichen bis kleinerbsengrossen Knoten, die oft zu zwei und zu mehreren neben einander stehen, besetzt, zwischen den einzelnen Knoten ist dieselbe mässig injizirt, aufgelockert, mit Epithel bedeckt und wird von spärlichen zarten Gefässen durchzogen. Der obere Theil der hinteren Pharynxwand ist mit zähem, eitrigem Sekrete bedeckt, welches aus dem Choanalraume zu kommen scheint, an keinem der Knoten ist irgendwelcher Zerfall nachweisbar. Diese gruppirten Knoten haben nicht das Aussehen der früher beschriebenen oder der an der Epiglottis sitzenden, erst zu beschreibenden, sondern gleichen den Granulomen bei Pharyng. granul. Weder an der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens, noch an der Uvula und den Arkaden ist ein ähnlicher Knoten vorhanden, sowie auch am Zungengrunde nicht, welch' letzterer in der Gegend des Lig. glosso-epiglot. med. von zahlreichen hypertrophischen Lymphfollikeln durchsetzt ist. Das erwähnte Ligament, gleichmässig rabenkielfederdick verdickt, zeigt keine knotige Infiltration. In den beiden Valleculis, ebenso an dem unteren Theile der vorderen Fläche der Epiglottis keine wesentliche Veränderung nachweisbar.

Der Epiglottisrand erscheint durch drei an demselben sitzende Knoten von verschiedener Grösse verdickt, wie aufgekrämpt, am rechten Antheile desselben, mehr an der vorderen Fläche des Kehldeckels, da wo der Epiglottisrand steil nach abwärts geht, sitzen zwei sich knapp an einander drängende, an der Oberfläche ulzerirte Knoten, die eine weisslich-gelbe Farbe haben und wie unter die Schleimhaut eingebettet oder dem Knorpel aufsitzend erscheinen. Die Mitte des Kehldeckelrandes erscheint blos verdickt. Am linken Rande, an gleicher Stelle wie rechts, nicht nur auf der vorderen, sondern auch an der hinteren Fläche der Epiglottis sitzen zwei konfluirte Knoten, von denen der eine gegen die Medianlinie gerichtet, der kleinere stecknadelkopfgross, der andere erbsengross ist; die Grenze zwischen beiden ist durch eine Vertiefung markirt. Die aryepiglottischen Falten, von je einem Knoten durchsetzt, die beide, an der Oberfläche glatt glänzend, ein weisslich-gelbes Aussehen haben, der Knoten an der rechten Falte hanfkorngross, der an der linken circa erbsengross, beide den Wrisberg'schen Knorpeln aufsitzend.

[illegible] ter arytaenoideas, und zwar am obersten Theile der hinteren inneren Wand ein weisslich-gelber, in der Mitte mit einem Dellchen versehener hanfkorngrosser isolirter Knoten, der Schleimhaut wie aufsitzend.

Da, wo die hintere innere Larynxschleimhaut in das linke falsche Stimmband übergeht, also knapp über dem hinteren Ansatze des Stimmbandes, an dem Processus vocalis, ein hanfkorngrosser, ebenfalls weisslich-gelber Knoten, der bei der Phonation den hintersten Theil der Stimmbänder überdeckt, so dass derselbe während der Phonation nicht zur Ansicht gelangt; der Knoten berührt das Stimmband nicht.

Die hintere innere Larynxwand zeigt bei tiefem Inspirium unterhalb des bereits beschriebenen, am obersten Theile sitzenden Knotens bis herab zum niederen der Stimmbänder eine gleichmässige Verdickung, knapp oberhalb der Stimmbänder drei kleine, sich dicht an einander drängende Knoten, welche durch zwei seichte Furchen von einander getrennt sind.

Die Stimmbänder verdickt, grau-weiss belegt. Die übrige Schleimhaut des Larynx in toto aufgelockert, unbedeutend stärker injizirt. Die Trachealschleimhaut stärker geröthet, ebenfalls aufgelockert.

Frau S., eine circa 50 Jahre alte Polin, acquirirte durch jahrelangen Aufenthalt in Indien (Calcutta) Lepra tuberosa der Haut des Stammes und der Extremitäten; die Schleimhaut des Respirationstraktes blieb, mit Ausnahme einer geringen Schwellung und Auflockerung und einer etwas stärkeren Injektion der Epiglottis, der aryepiglottischen Falten, sowie einer gleichen Affektion des Ueberzuges der Aryknorpel von der Krankheit verschont.

Wie überhaupt die Respirationsschleimhaut in den Fällen von Lepra tuberosa und deren Mischformen Sitz der Miterkrankung ist, so scheint die Nase dasjenige Organ zu sein, welches von dem Prozesse schon im frühen Stadium mitergriffen wird. Dass die Nase im frühen Stadium erkrankt, darauf lässt sich in unseren Fällen und in den Fällen von Azevedo Lima und Guedes de Mello [5]) aus den weitgehenden pathologischen Veränderungen, wie Atrophie bis zum totalen Schwunde der Muscheln, Perforation des Septums schliessen, zu einer Zeit, zu welcher sich die Haut noch in keinem fortgeschrittenen Zustande der Erkrankung befindet und die übrigen Organe noch intakt sind.

Es ist eine längst bekannte Thatsache, dass der Prädilektionssitz der Knoten sich an den Augenbrauenbogen befindet (Leontiasis), und dass sich in den meisten Fällen Leprome an der Haut der Nase finden; die Idee des Fortschreitens des Krankheitsprozesses von der äusseren Haut auf die Schleimhäute per contiguum, eventuell durch die Lymphbahnen, drängt sich immer wieder auf und erscheint klinisch plausibler, als die Theorie der Metastasen durch mykotisch-embolische Vorgänge.

Die Knoten auf der Nasenschleimhaut, die aus dem Zerfalle der Knoten resultirenden Ulzerationen, die profuse Sekretion, die erwähnte Atrophie bis zu totalem Schwunde der Muscheln und die Perforation des Septums geben dieser leprösen Rhinitis ein eigenthümliches Gepräge, die, wenn auch nicht in allen Fällen zu beobachtenden Knoten, ein wichtiges differentialdiagnostisches Kriterium. Wir halten also gegen andertheilige Darstellungen diese lepröse Rhinitis als wohlcharakterisirt.

Oberwähnte Annahme des Ausbreitens des Prozesses in der Kontiguität macht es auch leicht erklärlich, dass sich Erkrankungen des Kehlkopfes und der Trachea immer an Erkrankungen der Nase anschliessen, und dass sich der Prozess endlich auf die Lungen ausbreitet, wie denn auch die meisten Leprösen an Affektionen der Lungen (Lungenlepra, deren Existenz Bonome [6]) nach seinen neuesten Untersuchungen als festgestellt annimmt) zu Grunde gehen. Die Erkrankung der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens besteht ebenfalls in knotig-höckeriger Infiltration derselben und aus den durch Zerfall dieser Infiltrate resultirenden Ulzerationen. Was den Zerfall der Knoten anbelangt, so meint Lutz [7]), dass, während die Knoten an der Haut wenig Neigung zu Ulzeration zeigen, dieselbe bei Schleimhautknoten sehr regelmässig und oft frühzeitig eintritt, ja, dass Exulzeration manchmal schon bei ihrem ersten Erscheinen beobachtet werden kann. Am längsten intakt erhielten sich die Knoten zunächst dem Naseneingange und die Knoten an der Zunge, welche Thatsachen wir ebenfalls nur bestätigen können. Ausserdem erscheint der weiche Gaumen narbig, strangartig verdickt, seine Kontraktion wird unvollkommen. Perforation des harten Gaumens, Mutilation des Gaumensegels und der Tonsillen ist ebenfalls beschrieben worden.

Bemerkenswerth in unserem ersten Falle ist die Anästhesie des weichen Gaumens, und hatte es Schrötter [8]) in den zitirten Fällen gewiss auch mit Lepra anaesthetica des weichen Gaumens zu thun.

Im Kehlkopfe gehen in den meisten Fällen dem Auftreten von Knoten etwas stärkere Injektion, Schwellung und Auflockerung der Schleimhaut wahrscheinlich im Zusammenhange mit der Nasenerkrankung voraus. Hieran schliesst sich die Eruption einzelner isolirter bis erbsengrosser, wachsartig glänzender, gelblich-weisser Knoten, welche konfluiren und zerfallen. Es treten in wiederholten Nachschüben frische und immer wieder neue Knoten hinzu; hieraus resultirt dann eine knotig-höckerige Infiltration der ganzen, den Kehlkopf auskleidenden Schleimhaut, oft bis zu hochgradiger Stenosirung des Larynxlumens. Zerfall der Leprome, Konsumtion eines Theiles der Mucosa in unseren Fällen, chronisch entzündliche Prozesse des Perichondriums und weitgehende Zerstörungen des ganzen Organes in den Fällen der Autoren vervollständigen das Bild.

---

[5]) Azevedo Lima und Guedes de Mello: Ueber das Vorkommen der einzelnen Lepraformen, sowie der Erscheinungen an Augen, Nase und Ohren. Monatshefte für praktische Dermatologie XIII, 560.

[6]) Bonome: Ueber Lungenlepra. Virchow's Archiv Bd. CXI, Heft 1.

[7]) Lutz: Mittheilungen über Lepra. Monatshefte für praktische Dermatologie 1887, Nr. 11.

[8]) Schrötter: Ibidem.